



TRABAJO DE FIN DE GRADO:

**ASOCIACIÓN ENTRE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y
DEPRESIÓN**

**ASOCIATION OF HORMONAL CONTRACEPTION WITH
DEPRESSION**

Autora: Cristina Mediavilla Martín
Tutora: Mónica Tramullas Fernández
Grado en Enfermería – Universidad de Cantabria
Curso 2024 - 2025

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract
2. Introducción
3. Capítulo 1: anticoncepción hormonal y depresión. Contextualización.
4. Capítulo 2: resultados y principales hallazgos sobre anticoncepción hormonal y depresión
5. Capítulo 3: discusión
6. Capítulo 4: conclusiones
7. Bibliografía

1. RESUMEN / ABSTRACT

La anticoncepción hormonal es uno de los métodos más extendidos para el control de embarazos no deseados. Sin embargo, presenta altas tasas de abandono por los cambios de humor y síntomas emocionales negativos referidos y experimentados por sus usuarias. Durante los últimos años se ha estado investigando la posible asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y mayor riesgo de depresión tratando de establecer una relación causal e identificando aquellas poblaciones más vulnerables de sufrir episodios depresivos. Los resultados encontrados sugieren 3 cosas: por una parte, se necesita realizar más estudios enfocados a diferentes poblaciones y hacia algunas más concretas; por otra parte, parece existir cierta relación entre el uso de anticoncepción hormonal y mayores tasas de depresión en usuarias de anticoncepción hormonal con respecto a tasas de depresión en mujeres no usuarias. Y, por último, se han identificado 3 poblaciones especialmente susceptibles que son las adolescentes, las mujeres en el posparto y mujeres con antecedentes de enfermedad mental. Finalmente se aporta una perspectiva enfermera sobre el tema expuesto y algunas posibilidades de intervención.

Palabras clave: anticoncepción hormonal, depresión, mujeres, salud mental

Hormonal contraception is used worldwide to control unwanted pregnancies. However, it presents high dropout rates due to the mood changes and negative emotional symptoms reported and experienced by women who use it.

These past years, there has been many researchs to explore the potential association between hormonal contraceptives and its risk of depression. These quests attempt to establish a causal link of this issue and also try to identify populations more vulnerable to experiencing depression. The findings suggest three main points: first, there is a need for more studies focusing on different populations, especially more specific ones; second, there seems to be a relationship between hormonal contraception use supported by higher depression rates of hormonal contraception users compared to the depression rates in not users; and third, there has been 3 vulnerable populations identified: adolescents, women in the postpartum period, and women with a history of mental illness.

Finally, it is provided a nursing perspective on the topic along with some possible interventions.

Key words: homronal contraception, depression, women, mental health

2. INTRODUCCIÓN

La prescripción de métodos anticonceptivos es un tema de gran actualidad y relevancia en el ámbito de la salud pública. Se estima que más de 1900 millones de mujeres (de 15 a 49 años) se encuentran en edad reproductiva, de las cuales casi 1100 millones desea utilizar algún método de planificación familiar (1). Desde la comercialización de la primera píldora anticonceptiva (Enovid) en 1960 en Estados Unidos (2), los anticonceptivos hormonales se han consolidado como uno de los

principales recursos para evitar embarazos no deseados. Este avance supuso una revolución en la sexualidad femenina, permitiendo a las mujeres tener mayor control sobre su reproducción y cambiando la dinámica en las relaciones de pareja.

Actualmente la píldora no es el único método anticonceptivo hormonal ni se utiliza exclusivamente para la planificación familiar. El uso de anticonceptivos hormonales puede emplearse con diferentes propósitos, desde la idea para la que fue concebida como método de prevención de embarazos no deseados, hasta su indicación para tratar afecciones como el acné, la dismenorrea o para paliar los síntomas del síndrome premenstrual (SPM).

Sin embargo, como cualquier otro fármaco, los anticonceptivos hormonales pueden producir efectos secundarios que repercuten negativamente en la salud de la mujer afectando su salud mental. Hoy en día, uno de los principales motivos de abandono de esta terapia hormonal está relacionado con los cambios de humor y la labilidad emocional que las mujeres presentan desde su inicio con un método anticonceptivo hormonal.

La posibilidad de que los anticonceptivos hormonales aumenten el riesgo de depresión en sus usuarias es un debate abierto a discusión. Desde su aparición en 1960 se han registrado efectos psicológicos negativos y en los últimos años se han realizado varios estudios que defienden la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la aparición de depresión (2).

Este trabajo pretende analizar la evidencia disponible para obtener una respuesta informada sobre dicha asociación, y que enfermería, como parte del sistema sanitario pueda informar y crear estrategias de prevención e intervención que ayuden a las mujeres a tomar decisiones conscientes e informadas sobre su salud y el uso de anticonceptivos hormonales.

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica primeramente se ha realizado una búsqueda en bases de datos reconocidas como PubMed y Dialnet de donde se han seleccionado aquellos estudios, que, por su título, sugiriesen analizar la asociación expresada.

El trabajo se ha estructurado de la siguiente manera: en primer lugar, un capítulo de introducción de los dos conceptos fundamentales sobre los que versa el trabajo, los métodos anticonceptivos hormonales y la depresión. En el segundo capítulo se exponen los resultados encontrados derivados del análisis de la evidencia disponible agrupado en 5 ideas fundamentales. A continuación, se desarrolla la discusión de los resultados encontrados añadiendo justificaciones adicionales y demás datos de interés que ayuden a completar la información y, se añade una parte crítica en la que se exponen las limitaciones encontradas de los estudios examinados. Finalmente, se cierra el trabajo con unas conclusiones generales y cómo enfermería puede ayudar a mejorar la situación actual.

3. CAPÍTULO 1: ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y DEPRESIÓN,

Actualmente en España, se estima que más de 2,5 millones de mujeres tiene prescrito algún método anticonceptivo hormonal (3) siendo la píldora el más extensamente utilizado. Desde su introducción, estos métodos han evolucionado significativamente, ofreciendo diversas opciones con distintos mecanismos de acción y presentaciones.

La depresión constituye una de las principales enfermedades mentales a nivel global, con un impacto considerable en la calidad de vida de quienes la padecen. Se trata de una patología multifactorial, influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales (4).

El objetivo de este capítulo es proporcionar un marco teórico que permita establecer las bases para el desarrollo de los siguientes apartados del trabajo.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Los anticonceptivos hormonales están constituidos fundamentalmente de estrógenos y progesterona que son las principales hormonas sexuales implicadas en el ciclo menstrual. De acuerdo con esto, se clasifican en 2 grandes grupos:

1. Anticonceptivos hormonales combinados

Se denominan combinados por incluir estrógenos y progesterona en su composición. Ambos actúan de manera sinérgica para lograr la acción anticonceptiva, los estrógenos se encargan de amplificar la acción de las progestinas que actúan sobre los receptores de progesterona (5). La acción combinada de estas dos hormonas tiene varias acciones sobre el aparato genital femenino, que son (6):

- Inhibir la ovulación mediante dos mecanismos: la atresia folicular en el ovario, lo que implica la degeneración y reabsorción de los folículos ováricos antes de alcanzar la madurez; y la inhibición de la secreción de la hormona liberadora de gonadotrofina (GnRh) en hipotálamo e hipófisis. Esta acción suele ser transitoria y revertir cuando se suspende el tratamiento anticonceptivo
- Modificación de la contractilidad uterina y de la motilidad y secreción de las trompas de Falopio, disminuyendo así la posibilidad de fecundación
- Alteración de la estructura del endometrio resultando en un epitelio quiescente y atrófico (7). El endometrio adelgaza su grosor dificultando la implantación del embrión
- Alteración de la composición del moco cervical, que se vuelve más espeso. También se producen cambios vaginales que evitan el paso de los espermatozoides por el canal cervical para fertilizar el ovulo (8)

Las reacciones adversas más frecuentes provocadas por los anticonceptivos hormonales son las siguientes (6):

- Retención de líquidos, que puede conllevar aumento de peso
- Cefaleas

- Alteraciones neuropsiquiátricas, labilidad emocional, irritabilidad
- Disminución de la libido y sequedad vaginal
- Aumento del riesgo trombótico y cardiovascular
- Dolor en el pecho y aumento de la sensibilidad mamaria (5)
- Aumento de pigmentación tipo melasma (5)

Por otro lado, los anticonceptivos hormonales han demostrado tener efecto protector sobre determinados tipos de cánceres como el cáncer de ovario, endometrio y colorrectal (4). En la misma línea, otros efectos positivos demostrados son mejoría de la dismenorrea e hipermenorrea, y por ende mejoría con de la anemia ferropénica. También contribuyen a paliar los síntomas premenstruales (5). Se ha demostrado que los anticonceptivos hormonales combinados mejoran la densidad ósea retrasando la osteoporosis y mejorando síntomas perimenopáusicos, por lo que pueden estar indicados como terapia hormonal durante la perimenopausia (5).

Los anticonceptivos hormonales están indicados como tratamiento de elección en determinadas patologías como la endometriosis, ya que, por su acción anovulatoria y sus efectos sobre la estructura del endometrio, disminuye la inflamación del tracto genital propia de la ovulación, previene el crecimiento y la proliferación del tejido endometrial (9). Pueden emplearse también como tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) por acciones similares. En este mismo contexto, también están indicados como tratamiento del síndrome de ovario poliquístico (SOP), hirsutismo o acné hormonal, siendo más eficaces todos los compuestos que incluyen progestinas antiandrogénicas como el acetato de ciproterona.

Tras la prescripción de estos fármacos debe informar a la paciente de las contraindicaciones del uso de anticonceptivos hormonales, que son (6):

- Antecedentes trombóticos, accidente cerebrovascular o patología coronaria: se promueve un estado de hipercoagulabilidad que aumenta en riesgo de padecer este tipo de eventos. El mayor riesgo aparece durante el primer año (5) y aumenta con la edad (<35 años) y con el tabaco
- Hepatopatías en actividad y tumores hepáticos: solo en métodos orales ya que los estrógenos y progestágenos se metabolizan en el hígado.
- Antecedentes de ictericia o prurito grave durante el embarazo: pueden aumentar los niveles de transaminasas y de la fosfatasa alcalina, valores que aparecen elevados en mujeres con colestasis intrahepática. Esta patología suele presentarse con ictericia y prurito intenso (10).
- Tumores hormo-dependientes y cáncer de mama: tumores como el de mama, necesitan hormonas para su crecimiento y, por tanto, en su ausencia, las células tumorales mueren (11).
- Estenosis mitral descompensada: por el efecto trombótico de los estrógenos (12).

- Embarazo: pierde sentido su uso como método para evitar embarazos una vez este se produce. Asimismo, durante el embarazo aumenta el riesgo trombótico hasta 6 veces (12).
- Diabetes insulina-dependientes con afectación vascular: los anticonceptivos hormonales modifican el metabolismo de lípidos e hidratos de carbono (6).
- Hiperlipoproteinemias: los anticonceptivos combinados aumentan los niveles de colesterol, los estrógenos elevan los niveles de HDL y los triglicéridos (13). En función de la progestina escogida se verán diferentes cambios en el perfil lipídico. Las lipoproteínas son las partículas que transportan los lípidos en sangre, si se produce un aumento total de lípidos, en consecuencia, podrá producirse un aumento de las lipoproteínas.
- Discrasias sanguíneas / Anemia de células falciformes: su uso está contraindicado por el estado de hipercoagulabilidad que estos promueven y los cambios en las concentraciones plasmáticos.
- Cirugía mayor electiva o inmovilización prolongada: el estado protrombótico derivado de su uso puede verse exacerbado por inmovilizaciones prolongadas.
- Lupus eritematoso: su contraindicación es controvertida. Cuando se aplica es por el aumento de eventos trombóticos producidos en mujeres con esta condición (14).
- Hipertensión arterial: se ha demostrado un aumento de tensión en un elevado porcentaje (9-16%) de pacientes hipertensas que inician tratamiento anticonceptivo. A su vez, se ha evidenciado que se produce hipertensión arterial entre el 1% y el 5% de usuarias de anticonceptivos hormonales, esta cede al suspender el tratamiento (6).

Los métodos anticonceptivos combinados se clasifican en (15):

1. Píldora anticonceptiva

Es el método hormonal más empleado y fue el primero en ser comercializado.

Las únicas indicaciones proporcionadas a las pacientes son relativas a la pauta de administración: la primera píldora ha de tomarse el primer día de menstruación y ha de tomarse una píldora al día durante 21 o 28 días atendiendo al formato de la prescripción. Desde su aparición en 1957, se han perfeccionado, consiguiendo concentraciones mínimas de estrógenos y progestinas para disminuir los efectos adversos, pero manteniendo la eficacia anticonceptiva. En función de la concentración de estrógenos y progestinas durante su ciclo de administración (5):

- A. Forma clásica o esquema monofásico: se mantiene una dosis constante de estrógenos y progesterona durante el tratamiento. Se administra 1 píldora al día durante 21 días y posteriormente, durante 7 días, se experimenta un “periodo de descanso”, que puede llevarse a cabo de 2 formas: se administran 7 píldoras placebo o no se administra ninguna píldora.
- B. Esquema bifásico: se mantiene constante la dosis de estrógenos, pero varía la dosis de progestinas, durante la primera parte de tratamiento (21 días) se emplea una dosis menor que en la última (7 días).
- C. Esquema trifásico: trata de imitar el ciclo menstrual. Los 6 primeros días se administra una determinada dosis que aumenta en los próximos 5 días y

finalmente disminuye la dosis de estrógeno y aumenta la de gestágeno en los últimos 10 días.

2. Anillo anticonceptivo (16)

Se trata de un anillo de plástico que libera hormonas absorbidas por vía vaginal, así estrógenos y progesterona ingresan directamente en el torrente sanguíneo y evitan el primer paso hepático.

En cuanto a la posología, el anillo se coloca en la vagina y se mantiene por 3 semanas ininterrumpidamente. Se retira durante 1 semana que coincidirá con el periodo de descanso. El anillo debe ponerse y extraerse a la misma hora, la eficacia anticonceptiva puede disminuir si se retrasa 3 horas en colocar el anillo. Si es la primera vez en utilizar el anillo este ha de colocarse entre el primer y el quinto día de menstruación.

3. Parche anticonceptivo (15)

Se trata de un parche transdérmico con estrógenos y progestinas que pasan a la circulación sistémica a través de la piel. Su principal ventaja con respecto a la píldora es que las hormonas ingresan directamente en el torrente sanguíneo evitando su metabolización hepática y posibles interacciones con otros fármacos.

La posología es similar al esquema monofásico de las píldoras combinadas, se coloca 1 parche a la semana durante 3 semanas y se produce el periodo de descanso durante la cuarta semana.

Las zonas indicadas para la colocación del parche son: glúteos, brazos, abdomen y espalda, nunca debe colocarse en las mamas. El lugar de colocación ha de cambiar con cada nuevo parche.

2. Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos (o progestinas)

Estos métodos anticonceptivos no son tan conocidos ni tan empleados como los combinados, pero pueden ser muy útiles cuando el uso de estrógenos está contraindicado, como por ejemplo durante la lactancia. En su composición solo incluyen progestinas, como su propio nombre indica.

En cuanto a su mecanismo de acción, las progestinas actúan sobre la composición y estructura del moco cervical y del endometrio. Consiguen espesar e incrementar la viscosidad del moco cervical y adelgazar e incluso atrofiar el endometrio (17), dificultando así el paso de los espermatozoides y la implantación del embrión. En función del progestágeno escogido, el efecto anovulatorio será diferente.

En general, estos anticonceptivos están indicados en pacientes con alto riesgo de enfermedad trombótica o enfermedad cardiovascular que no pueden utilizar estrógenos. Está demostrado que el riesgo trombótico se incrementa a medida que aumenta la dosis de estrógeno. Estos fármacos son totalmente seguros en la lactancia, a partir de la sexta semana posparto, ya que se ha demostrado que el uso de progestinas no tiene efectos sobre la producción láctea ni sobre los lactantes, contrariamente a lo que sucede con los estrógenos.

Por otro lado, la única contraindicación absoluta que existe para su uso es el cáncer de mama actual, puesto que este es hormonodependiente. Las contraindicaciones

relativas son antecedentes de cáncer de mama (mayor de 5 años), sangrado uterino anormal de causa no identificada, cirrosis hepática descompensada y tumores hepáticos (18). En relación a los efectos adversos que producen estos anticonceptivos, los más frecuentes son (18):

- Alteración del patrón de sangrado menstrual, los gestágenos producen un patrón de sangrado impredecible, que suele ser el principal motivo de abandono de esta terapia hormonal
- Náuseas
- Cefalea
- Acné y otros síntomas androgénicos
- Disminución de la libido
- Cambios en el estado de ánimo
- Cambios de peso, los gestágenos pueden producir cambios en la composición corporal como aumento del porcentaje de grasa
- Quistes ováricos funcionales
- Aumento de la sensibilidad mamaria, mastalgia y dolor abdominal
- Disminución de la densidad mineral ósea, que es reversible al suspender el tratamiento

Los métodos anticonceptivos solo de progestinas se clasifican en:

1. Minipíldora

Se comercializan minipíldoras con diferentes progestágenos, los más empleados son el levonogestrel y el desogestrel. En cuanto al mecanismo de acción, se ha demostrado que la píldora de desogestrel puede inhibir la ovulación hasta en el 97% de los ciclos (18). La posología es sencilla, se trata de tomar un comprimido diario durante 28 días, a la misma hora y sin periodos de descanso. La desventaja de las minipíldoras con respecto a los anticonceptivos combinados es que con estas los sangrados son impredecibles, pudiendo aparecer periodos de amenorrea o sangrados vaginales continuos.

○ Anticoncepción de emergencia (AE)

Se refiere a los métodos anticonceptivos a los que puede recurrirse para prevenir un embarazo tras relaciones sexuales de riesgo. Cabe destacar que actúan evitando o retrasando la ovulación, no son métodos abortivos, una vez producido el embarazo, estos métodos no tienen rango de actuación. Es importante puntualizar que no deben utilizarse como anticonceptivo habitual (19).

Los anticonceptivos de emergencia pueden utilizarse hasta 5 días después de que se haya producido la relación de riesgo, sin embargo, su efectividad es mayor cuanto antes se administren.

Las indicaciones de uso de la anticoncepción de emergencia son (20):

- Relaciones sexuales sin protección
- Accidente durante la utilización de un método anticonceptivo regular como rotura o mal uso del preservativo, mal cumplimiento de métodos hormonales o retirada imprevista/expulsión de un DIU
- Violación de una mujer

Métodos de anticoncepción de urgencia utilizados en España

a. Levonogestrel (LNG)

Actúa retrasando e incluso inhibiendo la ovulación, no tiene efectos sobre el endometrio ni la implantación del embrión. Se trata de una dosis única que puede conseguirse en farmacias sin receta. No se dispensa una vez pasadas 72 horas. Tiene una efectividad del 95% en las primeras 24h que disminuye hasta un 58% pasadas las 48h tras la relación de riesgo. Es más efectivo cuanto antes se utilice. Está contraindicada únicamente si existe hipersensibilidad al LNG, deben tener precaución aquellas mujeres intolerantes a la lactosa puesto que la incluye en sus excipientes. Puede ser menos eficaz en patologías como la enfermedad de Crohn. No está contraindicada en lactancia ni más de una vez durante el mismo ciclo, aunque pueden producirse alteraciones en el mismo (20).

b. Acetato de ulipristal (AUP)

Principalmente actúa inhibiendo la ovulación, no se ha demostrado efectos sobre la estructura del endometrio ni sobre la implantación del embrión con las dosis utilizadas como AE (20). Se considera más efectivo que LNG, hasta 3 veces más antes de las 24h y el doble antes de las 72h. AUP puede tomarse hasta 5 días después de la relación de riesgo (21). Es una dosis única y puede conseguirse en farmacias sin receta médica. La única contraindicación es en caso de hipersensibilidad al fármaco. Al igual que LNG, contiene galactosa en sus excipientes. No es compatible con la lactancia, si se toma acetato de ulipristal, debe evitarse la lactancia en los próximos 7 días.

c. Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre (Cu)

No tiene efecto anovulatorio, afecta a la estructura del endometrio con efecto antiimplantatorio para el embrión. También tiene efecto tóxico sobre el óvulo y sobre la función y viabilidad del espermatozoide (20). Se considera el método AE más efectivo, con una tasa de efectividad del 99% y posibilidad de evitar más embarazos en caso de que se produzcan relaciones de riesgo posteriores a su implantación. Puede colocarse en las primeras 120 horas (5 días) a la relación de riesgo y mantenerse hasta 10 años. Está contraindicado como método de emergencia en los siguientes casos (20): gestación, sepsis puerperal, inmediatamente después de un aborto séptico, enfermedad inflamatoria pélvica activa, sangrado vaginal anormal, infección de transmisión sexual (ITS) activa, tuberculosis pélvica, SIDA no controlada con tratamiento antirretroviral, neoplasia genital sin tratar, endometriosis posparto o posaborto, enfermedad de Wilson y/o niveles persistentes de gonadotropina coriónica humana o enfermedad trofoblástica maligna.

2. Implante subcutáneo

El implante es una pequeña varilla de plástico, blanda y flexible de 4cm de longitud x 2 mm de diámetro con carga hormonal (22). Es colocado y retirado por profesionales sanitarios, se inserta en el brazo a nivel subdérmico y se mantiene por 3 o 5 años durante los que mantiene su eficacia anticonceptiva, que es de más del 99%, siendo el más seguro de todos los métodos hormonales (15).

Actualmente distinguimos 2 implantes, según su progestágeno:

- Implante de etonogestrel 68 mg: tiene una duración de 3 años. Confiere protección a las 24h de su colocación (23).
- Implante de levonogestrel 75 mg: tiene una duración de 5 años. Es posible que disminuya la eficacia anticonceptiva en mujeres de más de 60 kg, por lo que en ciertos casos se recomienda cambiarlo cada 4 años (23). En desuso en España.

3. Inyectable intramuscular

En España, el único progestágeno inyectable comercializado, y que está financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS), es acetato de medroxiprogesterona. Esta indicado a partir de los 12 años y se administra por vía intramuscular, preferiblemente en el glúteo mayor, cada 12 semanas, aunque la OMS reconoce que puede alargarse hasta 16 semanas (24). Su primera administración debe ponerse en los 5 primeros días del ciclo.

4. Dispositivo intrauterino (DIU)

Se trata de un dispositivo pequeño y flexible con forma de T que se introduce en el útero a través del cuello uterino, en la vagina deben verse unos hilos que sirven para comprobar si el dispositivo se encuentra bien colocado. Tanto su colocación como su retirada deben realizarla profesionales sanitarios. Distinguimos dos dispositivos principalmente:

- DIU de Cu: ya mencionado anteriormente en la AE. Su acción es espermicida, sin efectos sobre el ciclo menstrual. A mayor carga de cobre, mayor eficacia y durante más tiempo.
- DIU de LNG: tiene dos acciones sobre la anticoncepción; por una parte, actúa como cuerpo extraño dentro del útero produciendo inflamación, lo que dificulta la motilidad y viabilidad de los espermatozoides; por otro lado, dado que contiene LNG, una progestina, produce cambios en la estructura del moco cervical haciéndolo más denso, y cambios en el crecimiento endometrial (25).
Se ha visto que el DIU de LNG tiene un patrón de sangrado predecible, comienza con aumento de sangrado menstrual e intermenstrual durante los 3-6 primeros meses que va disminuyendo y puede terminar con periodos extensos de amenorrea a partir del primer año.
EL DIU de LNG tiene una alta eficacia, más del 99% y puede permanecer colocado por 5 años manteniendo dicha eficacia.

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad multifactorial con una alta prevalencia mundial, la OMS estima que el 3,8% de la población mundial experimenta depresión, con una tendencia que va al alza (26). La etiopatogenia de la enfermedad no está muy clara, se han desarrollado varias teorías que pretenden explicarla, pero no existe un consenso aún. La hipótesis más aceptada es la teoría monoaminérgica, que a grandes rasgos explica que la depresión se produce por un desequilibrio entre los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico con un déficit de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central (27).

De acuerdo con el DSM-V (28), la enfermedad se caracteriza por la *“presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”*. Para establecerse un diagnóstico de depresión tienen que darse durante mínimo 2 semanas al menos 5 de los siguientes síntomas:

- *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días*

- *Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días*
- *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución del apetito casi todos los días*
- *Insomnio o hipersomnia casi todos los días*
- *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (evidenciado por terceros)*
- *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días*
- *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días*
- *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (evidenciado por terceros)*
- *Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo*

Para que se confirme un diagnóstico de depresión al menos 1 de los síntomas anteriores tiene que ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Los síntomas identificados tienen que causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Finalmente, el episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

En el contexto de sanidad pública, es importante conocer cuáles son los factores de riesgo de la depresión para poder identificar aquellos grupos vulnerables sobre los que se deben tomar más medidas preventivas. Los principales factores de riesgo de la depresión son (27):

- Acontecimientos vitales y factores estresantes crónicos.
- Experiencias adversas durante la niñez: son factores predisponentes a desarrollar depresión durante la edad adulta; como situaciones de maltrato infantil.
- Componente genético: los antecedentes familiares de depresión son considerados un gran factor de riesgo, se cree que aquellas personas con familiares de primer grado que han sufrido trastorno depresivo tienen 2-4 veces más riesgo de desarrollar depresión. La heredabilidad es aproximadamente del 40% (28)
- Recursos personales: en ellos se pueden incluir el apoyo social (han demostrado tener efectos preventivos sobre la depresión) o las estrategias de afrontamiento (determinados patrones pueden resultar más beneficiosos o perjudiciales a la hora de desarrollar depresión)
- Personalidad y trastornos del humor: aquellas personas con baja autoestima son más propensas a experimentar episodios depresivos. Una persona que ha sufrido depresión también es más propensa a volver a padecerlo. Todos los

trastornos no afectivos mayores aumenta el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión

- Género: las mujeres son 2 veces más propensas a sufrir algún trastorno depresivo que los hombres

En relación al último punto, en la Figura 1 (29) se puede observar cómo, con respecto a los hombres, las mujeres en España son mayores consumidoras de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

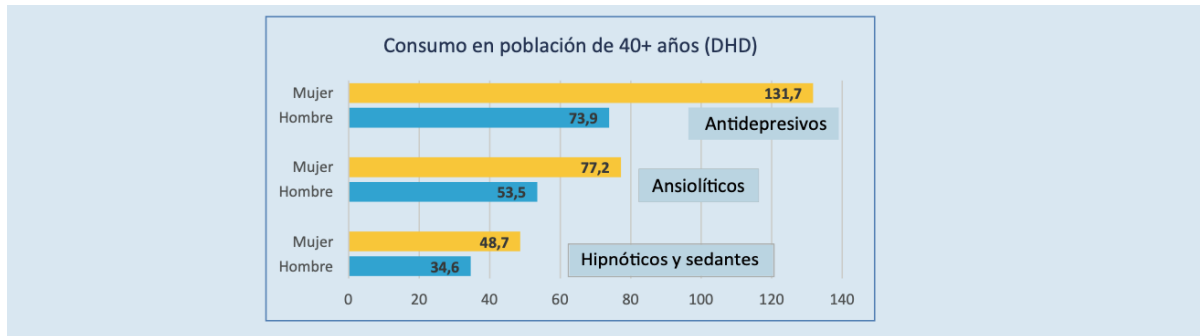


Figura 1. Tomada de Ministerio de Sanidad, gobierno de España, marzo 2024.

Al hablar de trastornos del estado de ánimo, es importante señalar que no se habla únicamente de depresión y que la propia depresión puede ser distintamente abordable en función de su severidad y características. El DSM-V distingue (28):

- Trastorno de desregulación disruptiva del ánimo: se caracteriza por un ánimo irritable establecido de forma grave y persistente. Se manifiesta mediante accesos de colera frecuentes y el mantenimiento de un ánimo irritable persistente o enfado crónico entre periodos de cólera. Su debut se produce antes de los 10 años y nunca puede diagnosticarse antes de los 6 años. Está asociado al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Trastorno de depresión mayor: está caracterizado por el mantenimiento de ánimo bajo y anhedonia, la mayor parte del tiempo durante al menos 2 semanas. Se experimentan sentimientos de inutilidad y culpa, se tiene una visión negativa de sí mismo y del entorno, futuro desesperanzador, pueden aparecer la fatiga, el insomnio y cambios en el apetito. Se asocia a una elevada tasa de mortalidad donde la causa principal suele ser el suicidio.
- Distimia o trastorno depresivo persistente: se trata de un cuadro de depresión mayor que se ha prolongado en el tiempo por lo menos 2 años. Un inicio temprano de los síntomas de la distimia se asocia con mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y consumo de sustancias.
- Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas comienzan en la semana previa a la menstruación, se atenúan durante la misma y desaparecen una vez finalizada la menstruación. Se caracteriza por labilidad emocional y afectiva, disforia y síntomas ansiosos. Los síntomas deben haberse experimentado durante la mayoría de los ciclos del último año y haber tenido una repercusión social y/o laboral negativa.

- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento: se produce un cuadro depresivo asociado al consumo de una determinada sustancia o medicamento que no puede explicarse por otro motivo que no sea el consumo de esa determinada sustancia. Habitualmente los síntomas depresivos remiten al cabo de varios días tras el cese de consumo.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: se produce un estado de ánimo deprimido o anhedonia de forma persistente con efectos fisiológicos atribuibles a otra afección médica.

En función del tipo de trastorno depresivo y de la severidad del mismo el tratamiento será diferente. Este se individualiza teniendo en cuenta el entorno y características del paciente. Las principales formas de tratamiento, que pueden combinarse, son (26):

- Psicoterapia: primera línea de intervención
- Tratamiento farmacológico

En ocasiones pueden combinarse varios tratamientos, inicialmente se comienza por la psicoterapia, que es el menos invasivo de todos ellos. En el caso de depresiones resistentes cuyo tratamiento convencional ha fracasado puede recurrirse a la terapia electroconvulsiva (TEC).

4. CAPÍTULO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA; RESULTADOS Y PRINCIPALES HALLAZGOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y DEPRESIÓN

La literatura científica proporciona gran cantidad de resultados con respecto a la asociación entre la depresión y los anticonceptivos hormonales.

En este capítulo se explora la literatura científica disponible sobre la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la aparición de depresión, analizando los principales hallazgos obtenidos de la revisión de los estudios seleccionados. La hipótesis del presente trabajo es la siguiente "existe mayor riesgo de desarrollar o padecer depresión en mujeres que toman anticonceptivos hormonales". De acuerdo con esta hipótesis los hallazgos encontrados en los diferentes estudios examinados son los siguientes:

Anticonceptivos combinados y depresión

Un estudio realizado en Dinamarca que incluía a mujeres danesas a partir de 15 años desde 1996 hasta 2013 (30) buscaba establecer relación entre el uso de anticonceptivos hormonales e intentos de suicidios / suicidios consumados. Este estudio concluyó que el uso de dicha terapia hormonal fue asociado positivamente con un primer intento de suicidio en comparación con aquellas mujeres que nunca han usado un método anticonceptivo hormonal. Con respecto a estas últimas, se duplicó el riesgo de suicidio en el primer mes tras comenzar con anticonceptivos hormonales.

Otro estudio con temática similar realizado en Arabia Saudí (31) concluyó que el uso de anticonceptivos hormonales aumentaba las probabilidades de sufrir depresión mínima durante el primer año de uso en esta población. En la misma línea, se descubrió que el porcentaje de mujeres con depresión severa era 30,6% en usuarias de anticoncepción hormonal frente a un 25,8% en no usuarias de anticoncepción hormonal.

En consonancia con los estudios expuestos, se realizó uno en Suecia que incluía a mujeres de entre 15 y 25 años desde 2010 hasta 2017 sin ningún historial previo de tratamiento antidepresivo (32). Los hallazgos encontrados fueron un ligero aumento del riesgo de depresión en aquellas mujeres que utilizaban el anillo vaginal, el parche transdérmico o el DIU de LNG.

También en Suecia se llevó a cabo otro estudio con una idea ligeramente diferente, que consistía en observar la asociación entre la primera prescripción de un método anticonceptivo hormonal y su relación, si es que existía, con una primera prescripción de cualquier tratamiento antidepresivo (33). Los datos se recogieron durante 4 años de mujeres entre 12 y 30 años y se establecieron 4 clasificaciones en función del nivel económico al que pertenecían. Encontraron que la prescripción de cualquier tratamiento antidepresivo era más común en mujeres con una prescripción previa de anticonceptivos hormonales dentro del mismo contexto social y económico. También se comprobó que las tasas de prescripción de tratamientos antidepresivos eran mayores en contextos sociales y económicos más desfavorecidos (bajos ingresos, inmigrantes o mujeres con alguna patología mental previa). La tasa de antidepresivos aumentó en adolescentes con algún método anticonceptivo hormonal en comparación a aquellas adolescentes que no lo utilizaban.

En la misma línea, se realizó un gran estudio prospectivo en Dinamarca desde 2000 hasta 2013 en el que se incluyó a más de 1 millón de mujeres danesas, tanto usuarias como no usuarias de anticoncepción hormonal. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta que la mujer no fuera inmigrante desde hacía menos de 5 años y que no tuviese ninguna enfermedad mental presente o previa. Los resultados que se obtuvieron contrastaban las nuevas prescripciones de antidepresivos y los nuevos diagnósticos de depresión en aquellas mujeres en tratamiento con algún anticonceptivo hormonal en comparación a no usuarias de ningún método hormonal. Se observó un aumento significativo del riesgo de sufrir un episodio depresivo y/o de una nueva prescripción de algún tratamiento antidepresivo en aquellas mujeres que utilizaban métodos hormonales (34).

En contraposición a lo ya descrito, también se han realizado estudios que aportan resultados diferentes, sugieren que no existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres que utilizan algún método anticonceptivo hormonal (35). Algunas revisiones bibliográficas realizadas sobre el tema sugieren que la evidencia encontrada es tan ambigua que no puede asegurarse dicha asociación (36).

Anticonceptivos de progestinas y depresión

La mayor parte de los estudios realizados incluye a mujeres que utilizan cualquier método anticonceptivo hormonal, sin distinción entre si este es combinado o solo de progestina, por lo que la mayor parte de los resultados encontrados no están enfocados especialmente a qué tipo de anticonceptivo hormonal y cuanta dosis pueden causar síntomas depresivos o agravar los mismos.

Un estudio realizado en EEUU se planteó 2 preguntas a investigar en relación a los anticonceptivos de solo progestinas y los posibles efectos depresivos en sus usuarias (37). Estas preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Existe alguna relación causal entre anticoncepción hormonal solo de progestinas y efectos depresivos en mujeres?
2. ¿El tipo de progestina o su ruta de administración influyen en esta asociación?

Los resultados encontrados en el estudio fueron los siguientes:

- No existen diferencias significativas en los síntomas depresivos en mujeres en tratamiento con el inyectable de acetato de medroxiprogesterona (DMPA) con respecto a no usuarias de anticoncepción hormonal.
- En general no se objetivaron aumento de los síntomas depresivos en mujeres con el implante subdérmico, sin embargo, un estudio mencionado sugiere asociación entre síntomas depresivos y el uso del implante a partir de los 24 meses de uso.
- El DIU de LNG no demostró agravar los síntomas depresivos en sus portadoras, aunque todos los estudios realizados tenían la particularidad de que el DIU se colocaba con indicación médica de disminuir los sangrados menstruales y la mayor parte de las mujeres que experimentaban síntomas de ánimo negativos abandonaba el tratamiento. Determinados estudios sugieren una disminución de la patología depresiva en sus portadoras 6 meses posinserción.
- No se han realizado a penas estudios acerca de las minipildoras y sus posibles efectos sobre el estado depresivo. Solo se habla de un estudio realizado en 150 mujeres durante 3 meses donde se observa una asociación positiva entre el uso de minipildoras de baja concentración de LNG y la disminución de los síntomas depresivos, aparentemente disminuye la tasa de depresión.
- Ni el tipo de progestina ni su ruta de administración influyen de manera significativa en los síntomas depresivos ni en la aparición de los mismos en mujeres en tratamiento con algún método anticonceptivo de solo progestinas.

Otros estudios reflejan que el tipo de anticonceptivo hormonal (combinado o de solo progestinas) y su carga hormonal no agravan los síntomas depresivos o la aparición de estos. Tampoco se ha demostrado que aquellas formulaciones androgénicas causen mayor o menor tasa de síntomas depresivos con respecto a aquellas formulaciones antiandrogénicas (35).

Anticonceptivos combinados vs anticonceptivos de progestinas

En un metaanálisis encontrado sobre estudios aleatorios realizados con anticonceptivos hormonales se destaca que las 5833 participantes utilizan indistintamente cualquier tipo de anticonceptivo hormonal, incluyendo hasta 9 diferentes

(35). Los resultados encontrados demuestran que ninguna formulación específica de anticonceptivo hormonal causa o agrava los síntomas depresivos, los anticonceptivos orales de mayores dosis (tanto combinados como de solo progestinas) no causan mayores síntomas depresivos que aquellos con menos dosis en su formulación.

Un estudio ya mencionado realizado en Suecia (32) concluyó que las usuarias de progestinas orales o del inyectable DPMA no presentaban más síntomas depresivos con respecto a aquellas mujeres que nunca habían utilizado algún método anticonceptivo hormonal. Se evidenció un pequeño aumento del riesgo de depresión en mujeres que utilizaban el parche transdérmico, el anillo vaginal y el DIU de LNG. No se encontró asociación entre los síntomas depresivos y el uso de píldoras combinadas. En otro estudio previamente citado, realizado en Dinamarca durante más de 15 años (39) se concluyó que los parches transdérmicos, anillos vaginales y anticonceptivos de solo progestinas se asociaban con un mayor riesgo de una tentativa de suicidio / suicidio consumado que los anticonceptivos orales combinados.

Otro estudio también realizado en Dinamarca con una muestra de más de un millón de mujeres (34) examinó el riesgo relativo de sufrir un primer diagnóstico de depresión y/o de obtener una primera prescripción de algún tratamiento antidepresivo en diferentes métodos hormonales. El que mayor riesgo relativo presentó fue el inyectable DPMA, seguido del implante subcutáneo, del parche transdérmico y del anillo vaginal. Los anticonceptivos hormonales que menos riesgo relativo presentaron fueron el DIU de LNG y las minipíldoras. Entre otros resultados obtenidos se encontró que las mujeres que utilizaban píldoras combinadas que incluían acetato de ciproterona en su formulación presentaban mayor riesgo depresivo que aquellas que no utilizaban este compuesto.

Poblaciones más afectadas

La mayor parte de los estudios realizados incluye mujeres en edad fértil, desde adolescentes hasta edades previas a la menopausia e incluye a mujeres tanto usuarias de anticoncepción hormonal como a no usuarias e incluso a mujeres que nunca han utilizado ningún método hormonal. En muchos estudios, sin estar enfocados a encontrar qué grupos de población son más vulnerables a estos efectos, se ha destacado que las adolescentes son quienes mayor riesgo de depresión presentan cuando se inicia un tratamiento de este tipo.

Sin embargo, un estudio en concreto se propuso conocer cuáles eran las poblaciones más afectadas por la depresión en usuarias de anticonceptivos hormonales. Este estudio fue realizado en EEUU (37) y se planteó la siguiente cuestión: ¿Hay ciertas poblaciones donde exista asociación entre la anticoncepción hormonal de solo progestinas y efectos depresivos? Los resultados identificaron 3 poblaciones, que fueron:

1. Adolescentes

Al menos 3 estudios prospectivos incluyen a adolescentes usuarias de anticoncepción hormonal, en concreto del inyectable (DPMA). Los resultados de estos estudios concluyen que solo el 46% de las participantes continuó con el método

anticonceptivo, mientras que el 54% restante lo abandonó durante el primer año de uso.

Asimismo, se identificó una diferencia significativa en los síntomas depresivos de las adolescentes en tratamiento con DPMA en comparación al grupo de control. Los resultados obtenidos de un gran estudio prospectivo realizado en Dinamarca (34) muestran un aumento significativo del riesgo relativo de obtener un primer diagnóstico de depresión en aquellas adolescentes en tratamiento con algún anticonceptivo hormonal en comparación a aquellas que no lo utilizan.

2. Mujeres en el posparto

Se considera importante estudiar esta asociación puesto que las mujeres que dan lactancia materna exclusiva necesitan un método anticonceptivo de solo progestinas, los métodos combinados pueden ser perjudiciales para el desarrollo del recién nacido puesto que los estrógenos pasan a través de la leche materna. Las conclusiones generales de varios estudios destacan un aumento de los síntomas depresivos a los 3 meses de uso del inyectable DPMA. También se han realizado estudios con otro tipo de progestina, acetato de noretisterona, con la que se evidencian aumento de los síntomas depresivos durante el primer mes con una disminución de los mismos a partir de los 3 meses de uso. Las conclusiones generales determinan que las mujeres posparto en tratamiento con anticoncepción hormonal de solo progestinas pueden experimentar mayores y peores síntomas depresivos.

Un estudio realizado en EEUU identificó 253 casos de depresión posparto entre 2004 y 2015 (38). De estos casos se observó que 34 mujeres utilizaban algún método anticonceptivo con LNG, 17 mujeres más utilizaban etonogestrel y otras 8 mujeres utilizaban drospirenona, lo que destacó a los dispositivos intrauterinos como factores de riesgo para la depresión posparto.

3. Pacientes deprimidas y/o con historial previo de enfermedad mental

Los estudios realizados en este ámbito son escasos puesto que la mayor parte consideran como criterio de exclusión las enfermedades mentales presentes o previas. Se habla de un estudio de cohortes que reclutó a 1238 mujeres de las que solo 58 utilizaban algún método anticonceptivo de solo progestinas, en su mayoría el inyectable de DPMA y el implante de LNG. En él no se encontraron diferencias significativas en la proporción de afecciones mentales entre las mujeres usuarias de anticoncepción hormonal en comparación a las no usuarias.

En Países Bajos se planteó un estudio en el que se asumía que existe asociación entre depresión y uso de anticonceptivos hormonales (39), pero con cierto matiz, no estaba claro si los antecedentes de depresión hacen a las mujeres más vulnerables de sufrir efectos negativos con anticonceptivos hormonales o el uso de estos es lo que genera más síntomas depresivos e insomnio. En este estudio se tuvieron en cuenta variables como la edad, la educación más alta recibida, el país de nacimiento, el IMC y el estado sentimental. Para llevar a cabo la investigación se seleccionó a mujeres ya usuarias de anticoncepción hormonal, ninguna de las participantes comenzó con el tratamiento anticonceptivo para realizar o continuar con el ensayo. De las 3214 participantes, 1301 utilizaban algún método anticonceptivo hormonal mientras que el resto mantenían su ciclo menstrual natural. Los resultados encontrados sugieren que el uso de anticonceptivos hormonales no se asocia con mayores síntomas depresivos ni

mayor prevalencia de trastornos depresivos. Sin embargo, los síntomas de insomnio sí mostraron ser más severos durante el uso de anticonceptivos hormonales.

Actualmente, la OMS no reconoce la depresión como una condición sobre la que deban existir restricciones en cuanto al uso de anticonceptivos hormonales recomendando cualquier método anticonceptivo.

Posible mecanismo por el que los anticonceptivos hormonales afectan a los cambios de humor

Un metaanálisis encontrado muestra los posibles mecanismos y asociaciones por los que los anticonceptivos hormonales causan cambios de humor en sus usuarias (40). Se han encontrado diferencias estructurales en el cerebro según el sexo y se ha visto que las fluctuaciones hormonales típicas del ciclo menstrual natural afectan especialmente al hipocampo, la amígdala y los lóbulos parietales y temporales, que son regiones implicadas en la regulación emocional y cognitiva.

Muchas mujeres refieren mejor estado de ánimo durante la fase folicular en comparación con la fase lútea del ciclo, siendo esta diferencia mayor en mujeres con SPM. Desde una perspectiva neurobiológica, durante la fase lútea, el aumento de progesterona produce un aumento de la reactividad de la amígdala frente a estímulos amenazantes, lo que implica mayor sensibilidad emocional. Asimismo, se ha visto que los niveles elevados de progesterona, similares a los que se alcanzan durante el embarazo, se han asociado con disminución de la actividad de la amígdala frente estímulos positivos.

Las hormonas sexuales, en esta caso, estrógenos, progesterona y andrógenos, interactúan con sistemas de neurotransmisores, modulando la liberación de glutamato y ácido gamma-aminobutírico (GABA). La progesterona puede actuar por vías no genómicas, mediante metabolitos conocidos como neuroesteroides. Estos neuroesteroides se sintetizan en neuronas y células gliales, y pueden alterar la excitabilidad neuronal y regular circuitos relacionados con el comportamiento. Cuando potencian el sistema GABA, los neuroesteroides producen efectos ansiolíticos y antidepresivos, mientras que la disminución de su actividad se relaciona con trastornos como la ansiedad y la depresión. Uno de los neuroesteroides más estudiados es la alopregnanolona (ALLO), que alcanza su máxima concentración durante la fase lútea, gracias al cuerpo lúteo. Estas variaciones en los niveles de ALLO podrían explicar parte de los cambios emocionales propios de la fase premenstrual. En ciclos anovulatorios, que no se forma cuerpo lúteo, los niveles de ALLO se mantienen estables, lo que podría afectar al estado de ánimo.

El uso de anticonceptivos hormonales no permite un equilibrio hormonal natural, ya que suprime la ovulación y cambia los patrones naturales de fluctuación de estrógenos y progesterona. Durante su uso, disminuyen significativamente los niveles de testosterona y dehidroepiandrosterona, mientras que la globulina fijadora de hormonas sexuales aumenta, reduciendo la biodisponibilidad de testosterona y estradiol. Estos cambios hormonales pueden tener efectos sobre el comportamiento y

el estado de ánimo de las mujeres, especialmente en aquellas con predisposición a trastornos afectivos.

Los efectos adversos sobre el estado de ánimo relacionados con los anticonceptivos hormonales tienen que ver principalmente con la acción de las progestinas. Estas pueden actuar como agonistas androgénicos o como antagonistas. No todas se convierten en alopregnanolona, lo cual influye en su capacidad para modular el sistema nervioso central (SNC). Esto sugiere que las diferentes formulaciones de anticonceptivos pueden tener efectos distintos sobre la estructura y la función cerebral, aunque todavía está por demostrar.

El uso prolongado de anticonceptivos hormonales se ha asociado con cambios profundos en el cerebro, afecta a los niveles de testosterona, progesterona y ALLO. Ya que el sistema GABA-A y los neuroesteroides tienen un papel crucial en la regulación emocional, su alteración podría suponer mayor vulnerabilidad hacia los trastornos afectivos.

Si bien no se ha establecido una relación causal entre el uso de anticonceptivos hormonales y la aparición de depresión, la evidencia sugiere que su uso puede suponer un factor de riesgo. Por último, se ha observado que ciertos grupos poblacionales, como las adolescentes, podrían ser particularmente vulnerables a los efectos negativos de los anticonceptivos, posiblemente debido a la inmadurez de sus estructuras cerebrales como la amígdala, la corteza prefrontal y el hipocampo, que todavía se están desarrollando durante la adolescencia.

En resumen, las variaciones hormonales de cada fase del ciclo menstrual pueden deberse a determinados cambios que se producen en la estructura y funcionamiento del cerebro. Estas variaciones hormonales, en concreto las de estrógenos y progesterona han demostrado impactar en determinadas regiones del cerebro como el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, que se encuentra estrechamente relacionado con la regulación de emociones y algunas funciones cognitivas. Asimismo, se ha evidenciado que estos cambios influyen en la transmisión de ciertos neurotransmisores, como el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), ambos muy importantes porque influyen enormemente en la conducta y alteraciones anímicas.

5. CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EXPUESTOS

En este capítulo se llevará a cabo una discusión sobre los resultados encontrados y expuestos haciendo uso de la crítica para determinar las fortalezas y las limitaciones de la literatura científica disponible en este ámbito.

Tras la revisión de la literatura científica seleccionada, puede concluirse tímidamente que existe asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la aparición de síntomas depresivos en sus usuarias. Aunque no todos los estudios coinciden en la magnitud del riesgo, en general se observa una tendencia consistente que apoya la existencia de dicha relación. No obstante, los resultados encontrados son

muy diversos, lo que muestra diferencias metodológicas, poblacionales y en los tipos de anticonceptivos analizados.

Uno de los resultados encontrados a destacar es que el riesgo de aparición de síntomas depresivos parece ser mayor con el uso de anticonceptivos hormonales no orales, en concreto con el anillo vaginal, el parche transdérmico y el DIU de LNG. No se puede asegurar que la vía de administración influya en la aparición y magnitud de los síntomas depresivos, ya que no existen estudios enfocados a encontrar dicha asociación, pero sí puede resaltarse que estos métodos concretos han causado mayores tasas de síntomas depresivos en sus usuarias.

Además, se han identificado tres poblaciones particularmente vulnerables, las adolescentes, mujeres en el posparto y mujeres con antecedentes de depresión. De todos ellos, las adolescentes parecen ser el grupo con mayor riesgo de síntomas y/o trastornos depresivos, ha sido el grupo más identificado en los estudios analizados. A pesar de los resultados encontrados, numerosos estudios y protocolos (41) mencionan que no existen restricciones para el uso de anticoncepción hormonal en la adolescencia, prescribiéndose indiscriminadamente en esta población que ha mostrado ser más vulnerable en ciertos aspectos como la salud mental. En consonancia con los resultados expuestos previamente cabe mencionar que esta mayor susceptibilidad de las adolescentes se debe a la interacción de múltiples factores como los cambios físicos y hormonales propios de la pubertad y la inexperiencia emocional en la gestión de conflictos y situaciones estresantes. A lo anterior se le añade la presión social a la que se ven expuestas, en un contexto donde las redes sociales, los cánones de belleza y las expectativas académicas y sociales tienen tanta influencia. Esta combinación de factores, añadida al uso de anticoncepción hormonal con sus consecuentes efectos adversos, incrementa el riesgo de desarrollar trastornos afectivos como la depresión.

El posparto es un periodo crítico para la salud mental y sexual de las mujeres por los cambios físicos, psicológicos y contextuales que experimentan en un corto intervalo de tiempo. España cuenta con una prevalencia de depresión posparto de entre el 6 y el 8% y pocas estrategias de prevención e identificación temprana (42). Si bien los estudios realizados en el ámbito de la anticoncepción hormonal en el posparto son escasos, sus resultados son consistentes y muestran una considerable influencia de los anticonceptivos hormonales sobre los síntomas depresivos. Durante el posparto, las mujeres tienen diferentes alternativas de contracepción más allá de las terapias hormonales, como el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) o el uso de métodos barrera. Estos otros métodos no hormonales tienen una alta tasa de eficacia de hasta el 98% (43), lo que los convierte en opciones seguras e inocuas para la salud mental de sus usuarias. Es importante destacar que la depresión posparto no tiene únicamente efectos negativos sobre la mujer, sino que también puede verse afectado el vínculo afectivo con el recién nacido.

El contexto social es muy relevante en la vulnerabilidad emocional de las mujeres. Como ya se ha expuesto, el hecho de ser mujer es considerado un factor de riesgo para desarrollar algún trastorno depresivo, por lo que, esta amalgama de factores, cumplir las expectativas sociales, familiares y personales, los cambios hormonales propios de cada etapa vital y momento del ciclo menstrual, la falta de corresponsabilidad

por parte del sexo masculino y la presión de evitar un embarazo junto con el uso de anticonceptivos hormonales, generan un ambiente favorecedor para desarrollar algún trastorno ansioso-depresivo en la mujer.

En el ámbito de la anticoncepción, la carga de prevenir y/o evitar embarazos no deseados recae mayoritariamente sobre las mujeres, quienes asumen tanto el uso de los métodos anticonceptivos como sus consecuentes efectos secundarios. De acuerdo con datos expuestos por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) se ha estimado que, al menos, un 30% de las mujeres españolas en edad fértil ha recurrido en algún momento a métodos anticonceptivos de emergencia (44), reflejando así la falta de corresponsabilidad en la prevención del embarazo por parte del sexo masculino. Un estudio realizado en España (45) mostró entre sus resultados que al menos el 20% de las personas entrevistadas asumía que la responsabilidad de solicitar la anticoncepción de emergencia tras una relación de riesgo pertenecía únicamente a la mujer, mientras que tan solo el 0,2% de los entrevistados pensaban que dicha responsabilidad correspondía al hombre. Entre otros resultados mostrados en el estudio anterior, se objetivaba que los hombres percibían un riesgo menor que las mujeres sobre la posibilidad de sufrir un embarazo. En consonancia con esto último, se resalta la importancia de promover el uso de otros métodos anticonceptivos no hormonales que involucren a ambos sexos en la tarea de contracepción y cuyos efectos secundarios no tengan tal impacto en la calidad de vida de las mujeres. Asimismo, es fundamental recordar que los anticonceptivos hormonales no protegen frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), que afectan a ambos sexos indistintamente y cuya incidencia aumenta considerablemente cada año (46).

Además, se deben reconocer las limitaciones encontradas en los estudios analizados. En primer lugar, la mayor parte de las investigaciones se han realizado en Europa y Estados Unidos, lo que limita la generalización de los resultados a otras partes del mundo con diferentes contextos sociales, culturales y sanitarios. Del mismo modo, cabe mencionar los sesgos evidenciados en muchos estudios, pues el análisis de algunos resultados está influenciado por el abandono de los anticonceptivos hormonales por parte de las participantes antes de la finalización del seguimiento, esto hace que los resultados sean escasos o estén distorsionados.

Por otro lado, una limitación encontrada en muchos estudios es la medición de los síntomas depresivos. Esta se ha basado en escalas autoadministradas o en cuestionarios de screening. Aunque se trate de escalas validadas, se las ha considerado como elemento determinante para establecer una incidencia de depresión y/o síntomas depresivos sin llevar a cabo evaluaciones psicológicas más profundas e individualizadas que permitiesen establecer un diagnóstico formal de depresión según criterios estandarizados (28).

De manera similar, cabe destacar que las investigaciones comparando diferentes tipos de anticonceptivos entre mujeres usuarias son escasas. La mayor parte de los trabajos comparan los resultados de mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales con resultados de mujeres que no los utilizan, sin tener en cuenta posibles diferencias entre compuestos farmacológicos o vías de administración. Esto limita conocer qué tipos

de anticonceptivos hormonales podrían ser más seguros o estar indicados en determinadas circunstancias.

También cabe señalar otras limitaciones relacionadas con la identificación de poblaciones de riesgo. Existen pocos estudios que específicamente busquen los efectos de los anticonceptivos hormonales en determinados grupos de mujeres como en el posparto o con antecedentes de enfermedad mental. Esta limitación dificulta identificar aquellos grupos más vulnerables a sus efectos.

Todas estas limitaciones mencionadas ponen en evidencia la necesidad de realizar más investigaciones en las que se incluyan diferentes poblaciones, considerando no solo la edad, sino también factores contextuales como el nivel socioeconómico o el entorno social, que claramente pueden influir en el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Además, se detecta una importante falta de estudios en mujeres de mayor edad, ya que apenas se han encontrado investigaciones que analicen la relación entre el uso de tratamientos hormonales, como la terapia hormonal en menopausia, y la aparición de depresión en mujeres mayores de 40 años. Esta es una población especialmente relevante que debería ser estudiada y atendida.

En resumen, tras los resultados expuestos sobre anticoncepción hormonal y depresión se considera que deben realizarse más estudios que permitan establecer una relación causal más fundamentada y aplicable a la población general, aunque no debe descuidarse a sus ya usuarias y tener en cuenta esta asociación. Si bien los anticonceptivos hormonales han supuesto una revolución para la sexualidad femenina, es de vital importancia abordar sus posibles efectos sobre la salud mental de sus usuarias adoptando una perspectiva crítica, basada en la evidencia y respetuosa con las particularidades individuales de cada mujer.

6. CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha analizado la posible asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y el aumento de los síntomas depresivos en sus usuarias. En este capítulo final, se presentan las conclusiones obtenidas a partir de la revisión sobre la literatura científica disponible, estableciendo una conexión con los objetivos planteados inicialmente. Además, se identifican las aportaciones más relevantes del estudio, así como sus posibles limitaciones y oportunidades para futuras investigaciones.

Este apartado busca resumir los hallazgos más destacables y proporcionar una perspectiva enfermera para abordar este evidente problema.

La conclusión final a la que se ha llegado tras la revisión bibliográfica es que sí puede existir asociación entre el aumento de síntomas depresivos relacionados con el uso de anticonceptivos hormonales. Se han identificado 3 poblaciones especialmente vulnerables a estos efectos; las adolescentes, las mujeres en el posparto y mujeres con antecedentes de enfermedad mental previa.

Es importante considerar los hallazgos encontrados para establecer métodos de prevención y abordaje que permitan disminuir la incidencia de depresión en mujeres, que aumenta notablemente cada año. No se considera que las mujeres tengan mayores tasas de depresión únicamente por el uso de anticonceptivos hormonales, pero sí que el uso de los mismos puede afectar negativamente a estas cifras tan preocupantes. Este trabajo no pretende erradicar el uso de anticonceptivos hormonales, se ha demostrado y expuesto que pueden tener efectos positivos sobre determinadas patologías y que su efectividad frente a la protección de embarazos no deseados es muy alta. Sin embargo y pese a sus ventajas, de acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (3) más del 20% de mujeres españolas utiliza algún método hormonal, población considerable para tener en cuenta los efectos adversos derivados de su uso.

Actualmente el uso de anticonceptivos hormonales apenas tiene restricciones. En muchas ocasiones, se pautan de forma indiscriminada desestimando sus efectos adversos y las circunstancias personales de la paciente. En la misma línea, al inicio del tratamiento, la información proporcionada con respecto al mecanismo de acción y sus posibles complicaciones es escasa, así como también lo son las consultas y pruebas de seguimiento.

De esta forma, al poner en evidencia el riesgo que supone el uso de anticonceptivos hormonales para la salud mental y el elevado porcentaje de mujeres que lo utiliza, es importante establecer estrategias de prevención específicamente destinadas a sus usuarias. Es aquí donde la enfermería, como parte del sistema sanitario cualificado, tiene rango de actuación tanto en prevención como en el abordaje de los efectos adversos experimentados por esta población.

Entre los elementos clave que definen la enfermería se encuentran el cuidado ético y humano de los pacientes, la prevención y promoción de la salud, la educación en salud y el acompañamiento de los pacientes durante todas las etapas de su vida.

Pero en esta situación tan específica con esta población tan definida, ¿qué puede hacer enfermería?

Por una parte, enfermería puede crear nuevos planes y estrategias de prevención enfocadas a la población más joven. Por ejemplo, los ya establecidos talleres de educación sexual impartidos en centros educativos, pero con un ligero matiz, aparte de hablar de lo necesario y evidente en cuanto a educación sexual para niños y adolescentes puede incluirse información sobre los anticonceptivos hormonales y cómo estos afectan a la salud mental y reproductiva de las mujeres. De este modo, se intenta crear una conciencia colectiva y temprana sobre la importancia de usar anticoncepción y los riesgos de los métodos hormonales.

Por otra parte, se puede instruir a más personal de enfermería que pueda proporcionar información sobre planificación familiar fomentando el uso de los métodos no hormonales y explicando los riesgos que conlleva el uso de tratamientos hormonales. Asimismo, en dichas consultas pueden realizarse valoraciones holísticas de aquellas pacientes que soliciten anticoncepción hormonal para valorar el riesgo-beneficio que supone el inicio de estos tratamientos, individualizando cada caso a sus circunstancias.

En consonancia con esto último, una vez las mujeres son usuarias de anticoncepción hormonal, enfermería puede planificar consultas de seguimiento en las que se incluyan evaluaciones periódicas para verificar el estado de salud de cada una de ellas y obtener registros sobre todos los efectos, positivos y negativos, que conlleva su uso. Además, en estas consultas puede proporcionarse información en relación con hábitos saludables y autoconocimiento emocional que permita a estas mujeres paliar y disminuir los efectos negativos. Estas consultas, tanto previas como posteriores al inicio del tratamiento, tienen como objetivo prevenir su uso indiscriminado, especialmente en aquellas mujeres que puedan presentar mayor susceptibilidad a los efectos adversos tanto físicos como emocionales. También permiten informar y advertir de manera clara y accesible sobre los posibles efectos negativos asociados a su uso para que las mujeres que finalmente se decanten por utilizarlo tomen una decisión consciente e informada. Asimismo, facilitan la identificación temprana de situaciones de riesgo, lo que posibilita un abordaje precoz y eficiente que minimice el impacto negativo sobre la salud de la paciente.

Finalmente, enfermería puede ayudar a todas estas mujeres sirviendo de enlace con otros profesionales sanitarios, como especialistas en ginecología o en salud mental, para que reciban una atención más completa y concreta que responda a sus necesidades.

En conclusión, es importante establecer un riesgo-beneficio derivado del uso de los anticonceptivos hormonales y comunicárselo a las mujeres para que estas tomen una decisión segura e informada sobre su salud reproductiva, sexual y mental. Fomentar alternativas no hormonales, reforzar la educación en salud sexual desde edades tempranas y comunicar el impacto en la salud general con datos validados son pasos imprescindibles para que las mujeres ganen autonomía y corresponsabilidad sobre su vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Planificación familiar/Anticoncepción [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=Entre%202000%20y%202020%2C%20el,de%20mujeres%20más%20para%202030>.
2. Guillermo G. 50 años de la píldora anticonceptiva. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet] 2010; 75 (4): 217 – 220.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nacimientos según el estado civil de la madre, edad y nacionalidad [Internet]. Madrid: INE; 2018 [citado el 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p01/e01/I0/&file=08001.px>
4. Gallego Maestre R, Sierra Fraile AB, Tomey Escolano P, Abanto Ferrando L, Álvarez Álvarez I, Fandos Vázquez A. Depresión y anticoncepción hormonal. Una revisión bibliográfica. RSI [Internet] 2024.
5. González Estrada A. Anticonceptivos orales combinados [Internet]. Ginecol Obstet Mex. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/anticonceptivos-orales-combinados>
6. Ministerio de Sanidad. Anticoncepción hormonal en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [citado el 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
7. Dinh A, Sriprasert I, Williams AR, Archer DF, A review of the endometrial histologic effects of progestins and progesterone receptor modulators in reproductive age women. Contraception. 2015; 91 (5); 7 – 360. Disponible en: 10.1016/j.contraception.2015.01.008
8. Cunningham FG. Anticonceptivos orales. In: Manual MSD, versión para profesionales. Kenilworth (NJ): Merck & Co. Inc; Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/planificación-familiar/anticonceptivos-orales>
9. Del Cura González I, Martín Martínez MA, Gómez C, Otero Puime Á. Actualización del uso de anticonceptivos en el siglo XXI. Med Fam SEMERGEN [Internet]. 2011; 37 (10): 501-9.
10. Santos D, Doblas PA, López-Torres E, Herrera J. Hepatopatías en la gestación. Revisión bibliográfica. Clín Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2007; 34 (1): 35-43.
11. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El cáncer es una enfermedad hormonodependiente. Guía de tratamientos: Hormonoterapia. SEOM. [Internet] [citado el 4 de mayo de 2025] Disponible en:

<https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/163-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/hormonoterapia/1031--el-cancer-es-una-enfermedad-hormonodependiente>

12. Subirana MT, Pijuan MA, Goya M, Baró F, Casaldàliga J. Gestación y anticoncepción. Rev Esp Cardiol. 2009; 62 (12): 1483-1491. DOI: 10.1016/S1131-3587(09)73297-2.
13. Dueñas Díez JL. Anticoncepción hormonal oral y metabolismo lipídico. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 1999; 42 (3): 216-224.
14. Olguín Collao F, Guerrero Martín C. Elección de método anticonceptivo en paciente con patología del Tejido Conectivo (Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípidos Catastrófico), reporte de casos. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Medicina de Chile]. Disponible en: https://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/Metodos_anticonceptivos/Olguin_MEM.pdf
15. Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía práctica en anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Madrid, España: Emisa, 2003. 422.
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ornibel 0,120mg/0,015mg cada 24 horas, sistema de liberación vaginal EFG Madrid: AEMPS; 2023 [citado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/82125/P_82125.html
17. Monterrosa A. Anticonceptivos orales de solo progestina. Progestin-only. Rev Colomb Obstet y Ginecol. 2006; 57 (1): 45-53.
18. Baldés-Vango M, Castelo-Branco C. Anticoncepción con solo progestina. Progestin-only contraception. [Internet]. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (Supl 1): 56-73. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3842>
19. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de urgencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
20. Alonso Llamazares MJ. Anticoncepción de urgencia. [Protocolo] [Internet]. Madrid: SEC. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf
21. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Acetato de ulipristal [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [citado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/acetato-ulipristal>
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Implanon NXT 68 mg implante [Internet]. Madrid: AEMPS; 2023 [citado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62628/P_62628.html

23. De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. [Internet]. Inf Tec Sist Nac Salud. 2011; 35 (3): 78-87.
24. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Acetato de Medroxiprogesterona [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [citado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/acetato-medroxiprogesterona>
25. Martínez F, Haimovich S, Avecilla-Palau A, Bugella I, Giménez E, Yáñez E. DIU de levonogestrel como método anticonceptivo: aceptación, continuidad y asesoramiento en España. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51 (11): 664-672. DOI: 10.1016/S0304-5013(08)76304-0.
26. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado el 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
27. Gasull Molinera V. Etiopatogenia. [Internet] Med Fam Semergen. 2006; 32 (Supl 2): 6-10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908107>
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
29. Ministerio de Sanidad. Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2024; [citado el 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf
30. Charlotte Wessel Skovlund, Lina Steinrud Morch, Lars Vedel Kessing, Theis Lange, Olvind Lidegaard. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. Am J Psychiatry. 2018; 175: 336-342. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17060616
31. Ibrahim Albawardi, Abdullah H Alqahtani, Dana A Aljamea, Sara A Aljaafari, Fajar A Aldulijan, Seereen R Almuhaideb, Mohamed Elamin, Nourah H Alqahtani. Hormonal contraception use and depression among women in Saudi Arabia. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2022; 15: 1677-1688. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S371203>
32. Lundin C, Wikman A, Lampa e, Bixo M, Gemzell-Danielsson K, Wikman P, Ljung R, Sundstir Poromaa I. There is no association between combined oral hormonal contraceptives and depression: Swedish register-based cohort study. BJOG. 2022; 129: 917-925. DOI: 10.1111/1471-0528.17028
33. Zettermark S, Khalaf K, Pérez Vidente R, Leckie G, Mulinari D, Merlo J. Population heterogeneity in associations between hormonal contraception and antidepressant use in Sweden: a prospective cohort study applying intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). BMJ Open. 2021; 11. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049553

34. Sanacora G, Frye MA, McDonald W, Mathew SJ, Turner MS, Schatzberg AF, et al. A Consensus Statement on the Use of Ketamine in the Treatment of Mood Disorders. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (4): 399-405. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0080.
35. De Wit AE, de Vries YA, de Boer Mk, Scheper C, Fokkema AA, Schoeveres RA, Giltay EJ. Hormonal contraceptive use and depressive symptoms: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *BJSPsych Open*. 2021; 7 (4): e110. DOI: 10.1192/bjo.2021.64
36. Ból K, Brudzinska A, Wybranczyk L, Wlaszczuk A. Effect of hormonal contraception on depression in women. *Wiad Lek*. 2023; 76 (5p.1): 1062-1067. DOI: 10.36740/WLek202305126
37. Brett L Worly, Tamar L Gur, Jonatha Schaffir. The relationship between progestin hormonal contraception and depression: a systematic review. Elsevier. 2018; 478-489. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.01.010>
38. Albacar-Riobóo N, Gutiérrez-Zotes A, Fornieles-Deu A, Valero J, Martín-Santos R, Costas J, et al. Contraceptives as posible risk factors for postpartum depression: A case-control study. *Nurs Open*. 2017; 4 (1): 50-56. DOI: 10.1002/nop2.121.
39. Margot WI Morssinkhof, Femke Lamers, Adriaan W Hoogendoorn, Anouk E de Wit, Harriette Riese, Erik J Giltay, Odile A van den Heuvel, Brenda W Pennix, Birit FP Broekman. Oral contraceptives, depressive and insomnia symptoms in adult women with and without depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2021; 133: 105390. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105390>
40. Fruzzetti F, Fidecicchi T. Hormonal contraception and depression: updated evidence and implications in clinical practice. *Clin Drug Investig*. 2020; 40 (12): 1097-1106. DOI: 10.1007/s40261-020-00966-8
41. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. [Internet]. *SEMERGEN*. 2006; 32 (6): 286-295. Disponible en: [10.1016/S1138-3593\(06\)73273-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73273-7)
42. Marcos Nájera R, Rodríguez Muñoz MF, Izquierdo Méndez N, Olivares Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y salud*. 2017; 28 (2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
43. Rodríguez Ortegón LM. Anticoncepción en el puerperio inmediato [Memoria de Fin de Máster, Universidad Nacional de Colombia] [Internet]. Disponible en: https://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/Metodos_anticonceptivos/RodriguezOrtegon_MEM.pdf
44. Sociedad Española de Contracepción. Presentada la Encuesta Nacional 2018 sobre Anticoncepción en España [Internet]. Madrid: SEC; 2018 [citado

el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/> -

45. Brasa Andrés J, Celada Pérez MS, Estepa Jorge AI, Menéndez Ortiz de Zarate MM. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia [Internet]. Index Enferm. 2007; 16 (56). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100005
46. Ministerio de Sanidad. Se mantiene la tendencia creciente de las Infecciones de Transmisión Sexual en 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6547>